**DATOS PERSONALES DE TRABAJADOR/A**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE TRABAJADOR/A** |  |
| **RUT** |  |
| **EMPRESA**  |  |
| **CARGO**  |  |
| **ÁREA** |  |
| **JEFE/SUPERVISOR DIRECTO** |  |
| **DIRECCIÓN PARTICULAR** |  |
| **COMUNA** |  | **TELÉFONO PERSONAL** |  |

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

|  |
| --- |
| **¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES DEL TRABAJADOR/A?:** |
| **DESCRIBA LAS MOLESTIAS O SÍNTOMAS QUE ACTUALMENTE TIENE EL TRABAJADOR/A:** |
| **PARTE/S DEL CUERPO AFECTADA/S:** |  |
| **HACE CUANTO TIEMPO LOS PRESENTA:**  |  |
| **HABIA PRESENTADO ESTOS SÍNTOMAS ANTERIORMENTE:** |
| **HAN EXISTIDO CAMBIOS EN SU RUTINA NORMAL DIARIA DE TRABAJO:** |
| **CUAL CREE QUE ES LA CAUSA DE ESTOS SÍNTOMAS :** |
| **FIRMA DEL TRBAJADOR/A** |  |

**DATOS LABORALES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **HORARIO LABORAL:** | **DE: A:** | **OBSERVACIÓN:** | **ART. 22** |
| **COMENTARIOS DEL JEFE/SUPERVISOR DIRECTO:** |
| **NOMBRE SUPERVISOR/JEFE DIRECTO** |
| **FIRMA** |  | **FECHA** |  |
|

|  |
| --- |
| **Este formulario debe ser enviado a: accidenteslaborales@banmedica.cl****Consultas respecto al procedimiento a: Georgeanna Child al 562 2782 5636 o a Constanza Duarte al 562 2782 5773.** |
|  |

 |